

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per gestione ereditaria Nome file: <i>SUAPM160r01</i>	Numero M 160
		Pag.
	Rev. 01 del 14/04/04	

Istruzioni per l'interessato:

Modello per la presentazione della comunicazione di subingresso per successione ereditaria in attività di farmacia ai sensi del R.D.27/7/34 n. 1265 e success. modif., L.2 /4/68 n. 475 e success. modif. e integr., L.8/11/91 n.362 e della normativa regionale in materia.

Istruzioni per il Comune:

Effettuare la verifica formale della documentazione e trasmettere la documentazione alla ASL per l'acquisizione del relativo parere.

Modalità di consegna:

- via fax
- firma digitale
- al Protocollo generale o dell'ufficio ricevente
- posta ordinaria

REVISIONI			
N° REV.	DATA REV.	DESCRIZIONE	Note
00	Non revisionati	Modelli di precedenti edizioni	Non utilizzare ulteriormente. Le domande sono comunque accoglibili purchè complete nelle dichiarazioni e nella documentazione allegata.
01	14/04/2004	Prima emissione	Modello valido su tutto il territorio nazionale (salvi i modelli predisposti in base alla specifica normativa regionale).
Verifica Firma Resp: <i>Dott.ssa Giuliana Benestante</i> g.benestante@comune.scandicci.fi.it		Approvazione Firma Direzione: Provincia di Firenze <i>Dott. Enno Ghiandelli</i> e.ghiandelli@provincia.fi.it	
		Emissione Firma RQ: _____ Data: _____ <i>Dott. Simone Chiarelli</i> suap@regione.toscana.it	

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per gestione ereditaria <small>Nome file: SUAPM160r01</small>	Numero M 160
		Pag.
		Rev. 01 del 14/04/04

SANITÀ – FARMACIE – SUBINGRESSO PER GESTIONE EREDITARIA

SUAP di _____

2 copie in carta semplice + domanda unica

ovvero (se non gestiti dal SUAP)

2 copie in carta semplice

Il sottoscritto quale [] proprietario [] esercente attività comunica i seguenti dati

PROPRIETARIO DEGLI IMMOBILI/TERRENI:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Cittadinanza italiana ovvero _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____ [] *barrare se certificata*

Altri comproprietari: _____

Impianto sito in _____

Via/P.za _____ n. _____

Descrizione per identificazione: _____

[] catasto terreni [] catasto fabbricati - Foglio di mappa _____

particella/e _____ sub. _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e la decadenza dai benefici conseguenti

Coordinamento Sportelli Unici Sistema Gestione Qualità	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per gestione ereditaria Nome file: SUAPM160r01	Numero M 160
		Pag.
	Rev. 01 del 14/04/04	

SOGGETTO CHE ESERCITA ATTIVITA' NEGLI IMMOBILI:

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
 Cittadinanza italiana ovvero _____
 Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____
 Tel. _____ cell. _____ Fax _____
 E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata
 Titolare della impresa individuale **Legale rappresentante della Società**
 Proprietario/comproprietario **Affittuario**
 Presidente _____
 C.Fisc

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Denominazione o Ragione Sociale _____
 con sede legale ovvero [] amministrativa nel Comune di _____
 (Prov. ____) Via/P.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata
 Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____
 Iscrizione al Tribunale di _____ al n. _____ *(se previsto)*

REFERENTI DELL'INTERESSATO

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di
 Tecnico incaricato **Società di Tecnici incaricati, rappresentata da**
 Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)
 Cittadinanza italiana ovvero _____
 Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Nr. Iscrizione _____ all'Ordine Professionale degli _____
 della Provincia di _____ ; eventuale ed ulteriore abilitazione specifica:

 Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
 E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata

Il sottoscritto comunica di essersi avvalso delle prestazioni di
ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA: _____
o altro soggetto di riferimento: _____
 Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)
 Via/P.zza _____ n. _____
 Cognome _____ Nome _____
 Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
 E-mail _____ @ _____ [] barrare se certificata

Coordinamento Sportelli Unici <i>Sistema Gestione Qualità</i>	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per gestione ereditaria Nome file: SUAPM160r01	Numero M 160
	Pag.	
	Rev. 01	del 14/04/04

A TAL FINE DICHIARA

- l'applicazione per tutti gli eredi, ai fini della titolarità, dell'art. 7 della L.362/91, comma 9, come segue:

- differimento al compimento del trentesimo anno di età
 termine di 10 anni dalla data di acquisizione della partecipazione impegnandosi ad iscriversi ad una facoltà di farmacia entro 1 anno dell'acquisizione in partecipazione

ATTENZIONE: le condizioni di cui sopra possono anche modificarsi nel tempo potendo l'interessato optare per la soluzione più favorevole. Indicare comunque una delle due opzioni)

ALLEGA

Atto sostitutivo di notorietà per la gestione ereditaria, ovvero dichiarazione resa con le modalità di cui all'art. 38 del D.P.R. 445/2000

Versamento diritti ASL e diritti SUAP - Informarsi presso il SUAP circa l'entità dei diritti da versare

Comunicazione a firma di tutti gli eredi dell'Istituto Bancario e del conto corrente sul quale accreditare le competenze _____

INDICAZIONI DELL'ISTITUTO BANCARIO NONCHE' DEL CONTO CORRENTE SUL QUALE ACCREDITARE LE COMPETENZE:

_____ li _____

L'INTERESSATO

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità'.*

Da compilare a cura di tutti gli eredi che devono sottoscrivere per accettazione EREDE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

EREDA (Firma)

*Firma da apporre davanti all'impiegato
oppure allegare fotocopia del documento
di riconoscimento in corso di validità'.*

Coordinamento Sportelli Unici Sistema Gestione Qualità	Modulistica Sanità – Farmacie – subingresso per gestione ereditaria Nome file: SUAPM160r01	Numero	M 160
		Pag.	
		Rev. 01	del 14/04/04

EREDE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

EREDE (Firma)

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'.

EREDE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

EREDE (Firma)

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'.

EREDE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ (Prov. ____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza: Comune di _____ CAP _____ (Prov. ____)

Via/P.zza _____ n. _____

EREDE (Firma)

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità'.